

ふりがな		男	大・昭・平・令	年	月	日
お名前		女	電話番号 :	()	
ご住所	〒					

◆診療明細書をご希望されますか？ いいえ はい

◆当てはまる症状に ○ をお付け下さい

耳 (右・左)	鼻	喉
耳が 痛い・かゆい	鼻がつまる	喉が 痛い・かゆい
耳だれが出る	鼻水が多い	喉がつまる感じ
耳がつまる	くしゃみが多い	味がよく判らない
聞こえにくい	頭が痛い(重い)	いびきが大きい
めまいがする	ニオイがよく判らない	口内・舌 が痛い
耳鳴りがする	鼻血が出る	声が出しにくい

他に気になる症状があればお書き下さい

◆症状はいつからですか？ () から

◆発熱はありますか？ ない ・ ある () °C

◆今までかかった、あるいは現在かかっている病気はありますか？ ない ある

心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 高血圧 ・ 脳梗塞

糖尿病 ・ 結核 ・ ガン ・ 喘息(ぜんそく) ・ じんましん

その他

◆現在、服用している薬はありますか？ ない ・ ある⇒ (お薬手帳を受付でお預かりします
記入は不要です)

病名

薬の名前

◆今までに薬を飲んで、異常が起きたことはありますか？ ない ある

薬の名前/どのような症状がでましたか？

◆食物のアレルギーはありますか？ ない ある

◆女性の方にうかがいます

・妊娠していますか？

いいえ はい (カ月)

・現在、授乳中ですか？

いいえ はい

◆お子様にうかがいます

体重 : kg